Rok XLVI. Kraków, dnia 14. grudnia 1907. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do znajomości i etyologii wrzekomych przepuklin brzusznych bocznych.

Podał
Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

(Dokończenie).

Obok tych 8, na pewne stwierdzonych przypadków przepukliny bocznej brzusznej rzekomej po przebytem porażeniu rdzeniowem, w których daje się stwierdzić równocześnie wiotkie porażenie odpowiedniej kończyny dolnej, jest porażenie rdzeniowe prawdopodobnie źródłem i innych rzekomych przepuklin brzusznych, w których nie ma wybitnych pozostałości tej choroby. Tu należałoby zaliczyć te



Fig. 5.

przypadki, w których niedokładne wywiady, brak dokładnego spostrzegania, zaniechanie badania prądem elektrycznym są winą tego, że prawdziwej przyczyny choroby nie wykryto. Tutaj należą z największem prawdopodobieństwem wyżej przytoczone przypadki Borchardta, de Quervaina, jakoteż jeden z moich[21]) dawniejszych przypadków, spostrzegany jeszcze w r. 1891, w którym przypuszczałem wrodzony częściowy brak bocznych mięśni brzusznych. Niech mi będzie wolno przypadek ten tutaj przytoczyć.

[21]) L. c.

B. T., $2^3/_4$-letnia córka handlarza ze Lwowa, zgłosiła się dnia 17. I. 1891 do polikliniki z powodu obrzęku w bocznej prawej okolicy brzucha. Guz ten zauważyła matka w 10. miesiącu życia dziecka. W tym samym czasie miało dziecko cierpieć na ciężki nieżyt oskrzelowy i uporczywe zaparcie stolca, zaś przed 4. tygodniami wrzekomo na zapalenie płuc. Obrzęk powiększał się zwolna, lecz stale. Badanie stwierdzało: dziewczynka bardzo wątła i niedokrwista. Okolicę brzuszną boczną prawą między łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej zajmuje guz wielkości jaja strusiego, okrągło owalny, półkulisto wypuklający się nad powłoki brzuszne, a sięgający blizko pępka. Największa jego wypukłość znajduje się w linii pachowej środkowej lewej. Jest on usadowiony ukośnie na powłokach brzusznych, oś długa obrzęku przebiega od tyłu (przyśrodkowo) i góry ku przodowi (bocznie) i ku dołowi. Gdy dziecko leży, wymiary obrzęku są następujące: długość 14 cm, szerokość około 11 cm. Guz ten powiększa się we wszystkich wymiarach podczas kaszlu, krzyku, jakoteż podnoszenia dziecka pod pachy; długość obrzęku



Fig. 6.

wynosi wtedy 16 cm., szerokość 13 cm (por. ryc. 5 i 6). Guz ten daje się odprowadzić do jamy brzusznej przy użyciu pewnej siły obu rąk i przy pomocy palców, przyczem palcem można wymacać w tylnej linii pachowej tuż poniżej ostatniego żebra okrągły otwór, przenikający całą grubość ściany brzucha. Przy odprowadzaniu guza daje się zauważyć wyraźne kruczenie. W otwór ten dają się wprowadzić łatwo 4 palce razem złożone, a po usunięciu palców występuje guz ponownie. Przy dokładnem obmacaniu otworu spostrzegłem, że brzeg jego tylny i górny jest twardszy i bardziej napięty, niż przedni i dolny, górny brzeg tworzy bocznie dolna granica ostatniego żebra, przyśrodkowy twardy mięsień, przebiegający z góry — bocznie ku dołowi — przyśrodkowo (pęczki wewnętrznego skośnego mięśnia brzucha? lub tylnego dolnego mięśnia zębatego?). Tylny przyśrodkowy brzeg

otworu tworzy dobrze rozwinięty mięsień prostujący grzbiet (*erector trunci*). Przednia i dolna granica przechodzi w wiotkie, bardzo ścieńczałe i słabo rozwinięte mięśnie brzuszne i nie daje się dokładnie oznaczyć. Przez wspomniany otwór nie można dotrzeć palcem do grzebienia kości biodrowej, oddziela go bowiem od otworu dość wysoka warstwa wiotkiej tkanki mięśniowej. Po wprowadzeniu palców do otworu i przy skombinowanem badaniu (przy równoczesnem uciśnięciu powłok brzusznych drugiej strony ciała) również nie daje się wymacać w dnie otworu żaden narząd wewnętrzny. Powłoki brzuszne nad obrzękiem są bardzo wiotkie i prawdopodobnie tworzy je tylko skóra. Odgłos opukowy nad obrzękiem jest wszędzie jawny, bębenkowy. Wyrostki kolczyste VIII. i IX. kręgu piersiowego tworzą garb (tylny) pod kątem rozwartym; do wytworzenia garbu przyczynia się przedewszystkiem IX krąg piersiowy. Mięśnie grzbietu i brzuszne są po stronie lewej prawidłowo rozwinięte. Przepukliny innego rodzaju lub innych zniekształtnień nie można u dziecka zauważyć. W narządach wewnętrznych nie znaleziono nieprawidłowości.

Rozpoznano przepuklinę brzuszną boczną z powodu wrodzonego braku mięśni brzusznych. Od zamierzonej operacyi doszczętnej (odświeżenie i zeszycie poszczególnych warstw brakujących brzegów mięśniowych) musiałem odstąpić z powodu osłabienia dziecka. Leczenie polegało na sporządzeniu odpowiedniej poduszeczki (peloty), którą zapomocą przylepca umocowywano. Dziecko to mogłem niestety obserwować tylko przez 2 miesiące; przepuklina nie zmniejszała się. Dziecko zmarło w pół roku później na zapalenie płuc.

Ponieważ w tym przypadku chodziło o przepuklinę wrzekomą, która najczęściej bywa następstwem przebytego ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia, ponieważ dziecko w 4. tygodniu przed pojawieniem się wypuklenia przebyło chorobę ostrą, gorączkową (według twierdzenia matki zapalenie płuc?), jest rzeczą prawdopodobną, że wtedy nie chodziło o zapalenie płuc, tylko o ostre zapalenie przednich rogów rdzenia albo, że dziecko przebyło tę ostatnią chorobę wśród mniej wybitnych objawów, które można było przeoczyć.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń własnych i obcych doszedłem do następujących wniosków:

1) Przepukliny brzuszne boczne należy wyodrębnić od innych przepuklin; należy za nie uważać wszystkie przepukliny występujące w zakresie mięśni brzusznych bocznych, a rozmieszczone z jednej strony pomiędzy łukiem żebrowym i grzebieniem kości biodrowej, z drugiej strony zaś pomiędzy linią pachową przednią a tylną.

2) Przepukliny te zawdzięczać mogą swoje powstanie albo *a)* wrodzonym brakom lub też ubytkom mięśni ukośnych (bocznych) brzucha, albo *b*), (co bywa rzeczą częstszą), częściowemu porażeniu tych mięśni w następstwie przebytego rdzeniowego porażenia dziecięcego.

3) Przepukliny te nie są we właściwem znaczeniu prawdziwemi przepuklinami, tylko t. zw. przepuklinami wrzekomemi *(hernia spuria, pseudohernia Borchardt)*. Są one zazwyczaj szeroko usadowione, pierścień przepuklinowy nie bywa ze wszystkich stron odgraniczony, tylko przednia lub tylna granica bywa zazwyczaj więcej uwydatniona.

4) Przebyte rdzeniowe porażenie dziecięce (zapalenie szarej istoty przednich rogów rdzenia) z następowem porażeniem i zanikiem większego lub mniejszego zakresu bocznych mięśni brzusznych bywa najczęstszą, jeżeli nie wyłączną przyczyną powstawania przepuklin wrzekomych. Zależnie od rozległości sprawy chorobowej w istocie szarej rogów przednich rdzenia, towarzyszy porażeniu mięśni brzusznych równocześnie porażenie kończyny dolnej po tej samej stronie, albo też porażenie obu kończyn dolnych i mięśni grzbietu po tej samej stronie. Jeżeli obie kończyny biorą udział w porażeniu, wtedy zazwyczaj kończyna dolna, odpowiadająca stronie porażenia lub niedowładu mięśni brzusznych, jest bardziej niedowładna lub zupełnie porażona (zupełny odczyn zwyrodnienia), natomiast druga bywa zazwyczaj tylko niedowładna (częściowy odczyn zwyrodnienia). Jest też rzeczą prawdopodobną, jednak dotychczas z pewnością nie stwierdzoną, że po przebyciu zapalenia przednich rogów rdzenia dzięki szczególnemu usadowieniu się sprawy zapalnej, tylko mięśnie brzuszne bywają dotknięte porażeniem (przypadki Borchardta, de Quervaina i mój na końcu przytoczony przypadek).

5) Jest rzeczą stwierdzoną, że porażenie mięśni brzusznych bocznych z początku rozleglejsze, po upływie kilku lat więcej się ogranicza.

6) Mięśnie proste brzucha są czasem także równocześnie dotknięte porażeniem (niedowładem); ponieważ jednak stawiają większy opór tłoczni brzusznej, w zakresie ich nie powstają przepukliny.

6) Przepukliny wrzekome po przebyciu porażenia rdzeniowego u dzieci mogą wystąpić także obustronnie, jednak takie obustronne przepukliny występują rzadziej.

7) W każdym przypadku przepukliny bocznej brzusznej wrzekomej powinniśmy zwracać baczniejszą uwagę na przebyte ostre choroby dziecka i w każdym przypadku nie należy zaniechać badania neurologicznego (prądem elektrycznym). Tylko w ten sposób możemy uzupełnić wiadomości nasze o przepuklinach brzusznych bocznych.

8) Z wyżej przytoczonych wywodów okazuje się, że leczenie chirurgiczne tych przepuklin jest nadzwyczaj trudne, prawie niewykonalne. Nie możemy bowiem tak znacznych ubytków lub braków mięśniowych pokrywać płatami, wziętymi ze sąsiednich mięśni, tem bardziej, że sąsiednie mięśnie bywają zazwyczaj także porażone. Tylko wobec bardzo ograniczonych wrodzonych ubytków mięśniowych, znajdujących się w górnych bocznych częściach mięśni, możnaby się pokusić o wykonanie na próbę plastyki z mięśnia prostującego grzbiet podług L. Rydygiera[22]) lub Capurro[23]). Zresztą musimy się w podobnych przypadkach ograniczać do sporządzenia odpowiednio zbudowanej poduszeczki (peloty), lub też do opaski brzusznej i leczenia towarzyszących porażeń kończyny dolnej czyto przez wywoływanie stężeń *(arthrodesis)* w odpowiednich stawach przy zupełnych porażeniach, czy też przez wszczepianie ścięgien mięśni zdrowych w ścięgna mięśni porażonych przy niedowładach.

Po napisaniu powyższej pracy podał Dr T. Ostrowski z kliniki Radcy Dworu Prof. Rydygiera na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie nowy przypadek przepukliny brzusznej bocznej, jako niewątpliwe następstwo przebytego porażenia dziecięcego. Mamy zatem dziewięć na pewne znanych przypadków przepuklin brzusznych bocznych w następstwie przebytego porażenia dziecięcego.

---

[22]) Comptes rendus du XII Congrès international de médicine. Moskwa 1897, tom V, sekcya IX: Chirurgia, str 587 i Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Tom 47, zeszyt IV, 1898.

[23]) Archiv für klinische Chirurgie, 1900, tom 61, str. 26 i nast.

Dopełnienie do artykułu:

Z kazuistyki ciał obcych w odbycie i odbytnicy.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

Już w czasie druku tego przyczynku doniósł mi Dr Justyn Karliński o dwóch przez siebie spostrzeganych przypadkach ciał obcych w odbytnicy, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję. Pierwszy z tych przypadków tyczył się pewnego urzędnika, który rzekomo celem wyleczenia się z biegunki wsunął sobie do odbytnicy ćwierć zwykłej cegły. Cegłę tę usunął mu przy pomocy nacięć zwieracza odbytu w krakowskiej klinice chirurgicznej Dr H. Schramm, ówczesny I. asystent, przy asystencyi Dra R. Trzebickyego i Dra J. Karlińskiego. Dr Schramm wyrazić miał przypuszczenie, że chory musi być pederastą. Drugi przypadek miał Dr Karliński sposobność badać w Konjicy w Hercegowinie. Zgłosił się wówczas do niego 40-letni silny mężczyzna, który nie mógł stać prosto i żalił się na silne bole w odbytnicy. Podał on, że gdy różne stosowane przezeń leki celem spędzenia tasiemca nie odniosły skutku, usłuchał porady jednej znachorki. Stosownie do jej rady wprowadził sobie do odbytnicy flaszkę szklanną o pojemności $^1/_8$ litra, do której wlał nieco ogrzanej przedtem mieszaniny miodu, oliwy i okowity. Wedle słów znachorki miał zapach tej mieszaniny przynęcić do flaszki tasiemca. Tymczasem przez nieostrożność wsunął sobie chory flaszkę za głęboko tak, iż ugrzęzła ona w odbytnicy, a palec badający natrafiał na jej dno 10 cm. powyżej zwieracza odbytu. Chory ten nie zgodził się na krwawy zabieg i zmarł w 5 dni po uwięźnięciu flaszki. Przy sekcyi znaleziono flaszkę już w pętli esowatej, stwierdzono zgorzel uciskową ściany jelita i zapalenie otrzewnej.

W końcu muszę tu dodać, że w starożytnych Atenach istniała kara na cudzołożników, która na tem polegała, iż wyrywano cudzołózcy włosy około odbytu, następnie nacierano odbyt ciepłym popiołem, w końcu wbijano do odbytnicy rzodkiew. Wykonanie całego tego zabiegu określa słowo: *ῥαφανιδόω* [1]). Czytamy o tem w komedyi Arystofanesa »Chmury«, w której rzecznik prawy w te się odzywa słowa:

»Lecz gdy w rzyć mu wbiją rzodkiew
i popiołem natrą wrzącym,
Jakiż fortel najdzie wtedy,
by nie zostać wielką rurą? [2])

Ten sposób kary na cudzołozców znany był podobno i u ludu naszego. Gorącą rzepę miano cudzołozcy wtłaczać do odbytnicy, a od zabiegu tego ma się wywodzić pochodzenie słowa »wrzepić«.

---

[1]) Pape: Griechisch-deutsshes Handwörterbuch.

[2]) Chmury. Przekład Ed. Cięglewicza. Kraków 1907.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy)

Teraz przystępujemy do odcięcia jelita zmienionego. Delikatnem przesuwaniem między palcami opróżniamy z treści ten odcinek jelita, który mamy przeciąć i zaciskamy tak od strony części przeznaczonej do usunięcia, jak i od strony pozostającej mocnemi kleszczami, założonemi obok siebie (zwykłemi mocnemi kleszczami-klampami zastępuje prof. Kader enterotryby wszelkiego typu).

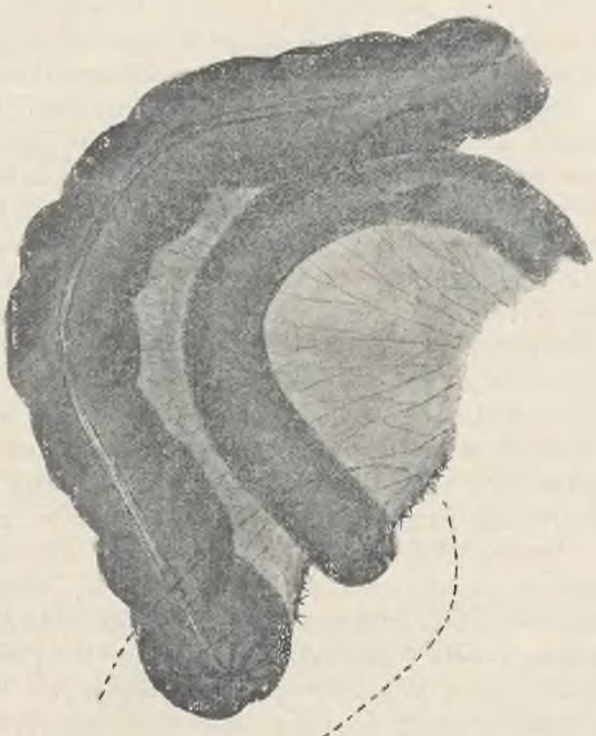
Otrzymujemy przez to na jelicie poprzeczną bruzdę, szerokości 4—6 mlm., w obrębie której jelito zamienione jest w cienką, nie mającą światła warstewkę, składającą się z błony surowiczej i podśluzowej. Śluzówka i błona mięsna ulegają zgnieceniu i cofają się poza obręb działania kleszczy miażdżących. Cienkim katgutem przewiązujemy bruzdę wytworzoną enterotrybem w części jej, zwróconej ku jelitu pozostającemu. Od miejsca podwiązki w kierunku jelita usuwanego powstaje wązka szyjka z drugiej sfałdowanej bruzdy zmiażdżonej; szyjkę tę przecinamy jednem cięciem nożyczek lub żegadłem Pacquelina, przyczem światło jelita zaciśnięte dalej odśrodkowo kleszczykami, nie ulega otwarciu. Podwiązkę katgutową, leżącą na zmiażdżonym, powstałym z bruzdy kikucie, wgłabiamy zapomocą szwu kapciuchowego do światła jelita, poczem idzie jeszcze jeden szew kapciuchowy, oba z jedwabiu. Mamy na ślepo zamknięte, bez otworzenia światła i zanieczyszczenia otoczenia wytworzone zakończenie jelita. W sposób opisany postępuje prof. Kader z obu pętlami, odprowadzającą i doprowadzającą. Przecięcia jelit przy zastosowaniu zmiażdżenia dokonuje się na zewnątrz jamy brzusznej, na jelitach uruchomionych i wyłonionych przed ranę brzuszną. Ten akt operacyi, dokonywany wygodnie na udostępnionem jelicie odbywa się bardzo szybko. Wszelkie zakażenie jamy otrzewnej treścią jelit jest wyłączone. Zabieg operacyjny jest skończony.

Teraz usuwa się kompresy z gazy, któremi wyosobniono pole operacyjne od wolnej jamy brzusznej i ogląda się szczegółowo stan szwów jelitowych, podwiązek, usuwa przypadkowe zanieczyszczenia przez krew i t. p. Odprowadza się do jamy brzusznej zeszyte jelita, bacząc na to, by nie uległy one przytem żadnemu zagięciu lub uciskowi. Kikuty jelit, zaszyte na ślepo, otacza Prof. Kader po odprowadzeniu gazą antyseptyczną na przestrzeni 3—4 ctm. ze wszystkich stron. Końce tej gazy wyprowadza się na zewnątrz przez część rany, położoną najniżej, t. j. najbardziej ku tyłowi, i tę część rany pozostawia się otworem, a resztę rany brzusznej zaszywa się. Pozostawiony otwór powinien być dość duży tak, aby wydzielina rany mogła łatwo odpływać. Ten sposób postępowania Prof. Kadera zapewnia 1) odgraniczenie kikutów jelit od wolnej jamy brzusznej przez szybko dookoła powstające zrosty i zabezpieczenie jej tą drogą od skutków możliwego puszczenia szwu na kikucie, 2) drenowanie całości rany operacyjnej.

Zasadniczo stosowane antyperystaltyczne (przeciwro-

baczkowe) ustawienie jelit do enteroanastomozy umożliwia ułożenie kikutów obok siebie i wyłączenie ich przez wspólną tamponadę (rys. 4 — linia kropkowana oznacza miejsce łącznej tamponady kikutów). Enteroanastomozę tamponuje się tylko wyjątkowo, zwykle puszcza się ją wolno do jamy brzusznej.

W ostatnich czasach zalecano zakładanie enteroanastomozy bez lub prawie bez otwarcia światła jelit przed zupełnem zeszyciem okolnem (Werelius, Flint, Rostowcew). Dążenie to jest teoretycznie usprawiedliwione, wątpić jednak trzeba, aby w życiu praktycznem zyskało szersze zastosowanie, ponieważ sposoby te są zawiłe i zniewalają do robienia otworu w jelitach bez nadzoru wzroku.



Rys. 4.

Nie będę tu się wdawał w bliższą ocenę tych sposobów, zaznaczę tylko, że największemu niebezpieczeństwu omawianego tu zespolenia jelita cienkiego z grubem, mianowicie następczemu nietrzymaniu szwów, te sposoby nie zapobiegają. To samo, a nawet w większym jeszcze stopniu, dotyczy wszelkich odmian guzika Murphyego. Znieczulenie lędźwiowe zapewne prawie zawsze pozwoli nam tu nie liczyć się z kilku minutami różnicy, potrzebnemi do szwu, natomiast uwzględnić prawie powszechnie uznane przeciwwskazania do użycia guzika przy połączeniu z jelitem grubem. Mimochodem wspomnę o ciekawym szczególe co do użycia guzika Murphyego. Chaput stwierdził, że dwa większe numery guzika czasem są za duże, by przejść przez fizyologicznie węższe miejsca jelit (przejście jelita czczego w biodrowe). Potwierdza to przypadek Körtego, który spostrzegał niedrożność jelit z zatkania kamieniem żółciowym, kształtu i rozmiarów guzika.

Opisany sposób postępowania z jelitami przy resekcyi kątnicy ma za sobą prostotę, łatwość i szybkość wykonania, pewność szwu i odpowiadanie wymogom czystości. Niektóre z zasad wyłożonych spotykamy tu i ówdzie u nowszych autorów (Bakes, Hartman, Karczewski).

Najdawniejszy sposób zeszycia osiowego końców jelit przeciętych, dokonywany nawet na zewnątrz jamy brzusznej przedstawia poważne trudności zarówno co do szwu samego, jak szczególnie co do postępowania ściśle bezgnilnego. Cóż dopiero, gdy wypadało stosować go w głębi jamy brzusznej na jelicie, którego nie umiano uruchomić, które częścią swego obwodu przylegało do tylnej ściany brzusznej. Jeżeli do tego dodamy konieczność przystosowania do siebie jelit o różnej średnicy (biodrowe i grube), i wynikające stąd sposoby wyrównania tej różnicy (skośne cięcie jelita cieńszego, wytwarzanie narożników jedno- lub dwustronnych na grubszem), które wpływać musiały ujemnie na pewność szwu, to chyba chętnie zaliczymy ten sposób do przeszłości. Prawie to samo da się powiedzieć o metodzie Billroth-Salzera, polegającej na zaszyciu na ślepo jelita grubego i bocznem wszczepieniu cienkiego do grubego (end to side) o jakie 5 ctm. od końca z wytworzeniem jakby nowego jelita ślepego. Tu i owdzie jeszcze stosowany (Bogdanik), sposób ten jest również technicznie trudniejszy i mniej bezgnilny.

Pod względem postępowania z raną brzuszną do ostatnich czasów pomiędzy poszczególnymi chirurgami istnieją różnice; przyznać należy, że z zasadą zupełnego zeszywania rany brzusznej spotykamy się coraz rzadziej i to z uwzględnieniem warunków każdego przypadku. Prof. Kader jest zdania, że jest to jedno z tych zagadnień w chirurgii, gdzie należy postawić stałą zasadę, a mianowicie jamy brzusznej po resekcyi kątnicy nigdy zupełnie nie zamykać pomimo, że istnieje cały szereg przypadków, pomyślnie i ponętnie szybko uleczonych po zaszyciu zupełnem.

Przeciwko zasadzie zupełnego zaszywania rany po resekcyi kątnicy, zdaje się, jeden z pierwszych wystąpił Körte i doradza otwarte lub częściowo otwarte leczenie rany. Ten sam pogląd spotykamy później w pracach Schloffera, Hartmanna i innych; natomiast Bakes powraca do zeszywania zupełnego, pozostawiając leczenie otwarte dla przypadków szczególnie niepomyślnych i nie dających się gładko operować, z powstaniem dużych krwawiących obnażeń mięśniowych i t. p. To samo stanowisko zajmuje Karczewski. A przecież same warunki spraw chorobowych kątnicy, dla których podejmuje się resekcyę i jakość zabiegu, nie pozwalają uważać pola operacyjnego po wyosobnieniu guza za niezakażone nawet wtedy, jeżeli przy wyosobnianiu nie nastąpiło widoczne dla oka pęknięcie jakiej przetoki lub jamy rozpadowej z wylaniem się jej treści. Zakażona, ropna, kałowa lub rozpadowa treść bardzo łatwo może niepostrzeżenie wystąpić na powierzchnię guza przy zabiegach na nim dokonywanych, szczególnie w tych miejscach, gdzie naruszamy ciągłość jego powierzchni, a więc od tyłu. Następnie niemożliwość mechanicznego opanowania krwawienia z szerokich powierzchni, od których podstawę guza oddzieliliśmy; dalej nieunikniona niezupełna pewność szwu jelita grubego, wreszcie łatwość, z jaką rozwinąć się może zakażenie w części rany, pozbawionej otrzewnej, — wszystkie te okoliczności zmuszają nas uważać zamknięcie zupełne ściany brzusznej po resekcyi kątnicy za stanowczo zbyt ryzykowne. Być może, że tamponowanie rany w kierunku szwów jelitowych czasem wywoła powstanie przetoki kałowej, które bez tamponu możeby nie powstało, jednak każdy chirurg będzie chyba wolał

nawet szereg przypadków z przetoką kałową, wyprowadzoną przez tampon na zewnątrz, niż jeden stracony z powodu puszczenia szwu do wolnej jamy otrzewnej. Przetoki kałowe, w ten sposób powstałe, o ile naturalnie nie zależą od pozostawienia zmienionych sprawą chorobową części w jamie brzusznej, leżąc daleko od powierzchni skóry, mają zresztą wybitną skłonność do szybkiego i zupełnego wygojenia.

Na korzyść niezaszywania zupełnego rany brzusznej, a pozostawiania jej częściowo otworem i tamponowania podług zasady wyżej opisanej przemawia przypadek raka kątnicy u mężczyzny w średnim wieku, spostrzegany w klinice krakowskiej i operowany przez prof. Kadera. Operacya, dokonana zupełnie typowo, wypadła bardzo łatwo, gładko i szybko, unaczynienie kikutów wyglądało zupełnie dobrze. Tu odstąpiono od zasady i ranę brzuszną zaszyto zupełnie. Chory po paru dniach zmarł i badanie pośmiertne stwierdziło zakażenie otrzewnej, powstałe z nietrzymania szwu na kikucie jelita grubego i wtórne zakażenie szwu enteroanastomozy. Tamponowanie rany w tym przypadku, jako środek wyłączający teren operacyjny od reszty jamy brzusznej, byłoby zapobiegło zejściu niepomyślnemu.

Nadmienić należy, że tamponów z gazy nie należy wprowadzać zbyt dużo, ani zbyt głęboko, gdyż mogą one wywoływać zbyt rozległe zrosty w miejscach niepożądanych i nawet upośledzać drożność jelit. Nie należy również tamponów przy zaszywaniu częściowem rany przy ich wyjściu zaciskać szwem, ponieważ przestają one wtedy być skuteczne w znaczeniu sączkowania i powodują znaczne bole pooperacyjne.

Nie licząc zmiany warstw powierzchownych opatrunku, które należy robić w miarę przesiąkania wydzieliną rany, zaczynamy od 7—9. dnia pociągać głębokie pasy gazy bez użycia siły; w ten sposób stopniowo do dnia 12—14. wszystkie pasy gazy, wprowadzone przy zabiegu, usuwamy. Dalsze tamponowanie już się robi płytko. Wypełnianie się rany przez wytworzenie zlepów między jelitami i podsuwanie się ziarnkujących powierzchni jelit ku poziomowi rany postępuje szybko. Zwykle w 6 tygodni rana jest zagojona. Wstawać można pozwolić przeważnie już w 3-cim tygodniu; ludzi starszych sadza się już w parę dni po zabiegu. Po zagojeniu się rany chorzy powinni dla zapobieżenia powstaniu przepukliny w bliźnie nosić pas brzuszny. W poszczególnych przypadkach wskazana być może w następstwie operacya doszczętna przepukliny brzusznej.

Sposoby łagodzące (paliatywne).

O ile po otworzeniu jamy brzusznej i zbadaniu bezpośredniem guza kątnicy, uznamy za niemożliwe jego doszczętne usunięcie, możemy ulżyć choremu zapomocą któregokolwiek z zabiegów łagodzących (paliatywnych), dążących do wytworzenia drożności jelit z wyminięciem zajętej przez guz kątnicy. W ten sposób usuwamy objawy zwężenia i wyłączamy zmieniony odcinek z pod wpływu krążenia kału. Do zabiegów tych zaliczamy różne typy t. zw. wyłączenia jelit (*exclusio*, Ausschaltung), zespolenie okolne (*enteroanastomosis* - Maisonneuve), wreszcie odbyt sztuczny. Przed opisem samych sposobów zaznaczę, czego po zabiegach tych możemy się spodziewać. Wypadnie tu omówić przypadki gruźlicy miejscowej i raka. Do innych spraw, jak wiadomo znacznie rzadszych, albo da się zastosować to, co powiem o raku (mięsak, promienica), albo też są to sprawy, które zabiegów łagodzących wymagać wogóle nie będą, sprawy z natury swej nie rozrastające się i nie przekraczające pewnych granic; gdyby jednak w poszczególnym wyjątkowym wypadku zabieg doszczętny miał być zbyt ciężki, to możemy nawet zupełnego wyleczenia wyczekiwać od zabiegu łagodzącego: mówię o przewlekłym nacieku zapalnym.

Wracam do gruźlicy. Okazuje się, że wyłączenie odcinka gruźliczego z pod wpływu krążenia kału i związane z tem zupełne zniesienie jego ruchów może wywrzeć wpływ bardzo dodatni na chorobę i może doprowadzić do polepszenia graniczącego nawet z zupełnem wyleczeniem, jak o tem wspomniałem poprzednio. Na podstawie swych cyfr Conrath jest nawet gotów uważać połączenie sztuczne jelit za zabieg najodpowiedniejszy przy gruźlicy kątnicy. Również Machard zaznacza, że zabieg ten daje czasem zupełnie dobre wyniki. Stojąc niewzruszenie na stanowisku, że gruźlica kątnicy stanowi bezwzględne wskazanie do resekcyi, mamy prawo w tych przypadkach, w których resekcya jest niewykonalna, po zabiegu łagodzącym spodziewać się głębiej sięgającego polepszenia, a nietylko ulgi objawowej. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Witte. **O nowej metodzie ilościowego oznaczania pepsyny według Jacobyego i Solmsa.** *(Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 42). Solms podał nową metodę ilościowego oznaczania pepsyny w soku żołądkowym, opierającą się na spostrzeżeniu Jacobyego, że fermenty trawienne wyjaśniają rozczyn rycyny[1]) w kwasie solnym. Już oddawna starano się znaleźć metodę ilościowego oznaczania pepsyny. Badania lat ostatnich dowiodły, że w przeważnej ilości przypadków ilość HCl schodzi się z działaniem fermentów, atoli nie ma ścisłej równoległości, i że z zachowania się enzymów można wysnuć ważne wnioski pod względem patologicznym i leczniczym. Szczególnie Boas podniósł różniczkowo-rozpoznawcze znaczenie enzymów; brak ich lub zmniejszenie się ich ilości w śniadaniu próbnem z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za zmianą organiczną w błonie śluzowej żołądka. Bezwzględne ilościowe oznaczenie pepsyny w soku żołądkowym jest przy dotychczasowych wiadomościach o fermentach niemożliwe. Musimy się zadowolnić oznaczeniem względnej ilości pepsyny. Dotychczasowe jednak metody ilościowego oznaczenia pepsyny były albo zbyt zawikłane, albo niedość dokładne, nie wyłączając powszechnie używanych i stosunkowo jeszcze najlepszych metod Hammerschlaga i Metta.

Metoda Solmsa jest następująca: 0·5 gr. rycyny[1]) rozpuszcza się w 50 ctm.^{3} 5 prc. rozczynu NaCl. Przesączywszy, nalewa się po 2 ctm.^{3} tego rozczynu do rurek szklanych numerowanych, a następnie po 0·5 ctm. $^1/_{10}$ normalnego rozczynu HCl, przyczem płyn z opalizującego staje się mleczno-biały. Następnie do tych rurek dodaje się 1 ctm.^{3} rozcieńczonego w rozmaitym stopniu soku żołądkowego, wydobytego po próbnem śniadaniu i przesączonego. Do pierwszej rurki nalewamy 0·1 ctm. rozcieńczonego soku 1: 100 + 0·9 ctm.^{3} wody przekr., do drugiej 0·2 ctm.^{5} soku 1: 100 + 0·8 ctm.^{3} wody, do trzeciej 0·5 ctm.^{3} soku 1: 100 + 0·5 ctm.^{3} wody, do czwartej 1 ctm.^{3} soku 1: 100 bez dodatku wody. Zatem w pierwszej rurce jest rozcieńczenie 1: 1000, w drugiej 1: 500, w trzeciej 1: 200, w czwartej

[1]) Rycyna jestto substancya, znajdujaca sie w ręczniku [*ricinus communis* (*euphorbiaceae*)]. Nasiona obok olejku ręcznikowego zawierają substancye białkowate i kilka enzymów. Robert zalicza rycynę do rzędu albumoz i zaznacza jej podobieństwo z enzymami. Sprowadzić ją można z fabryki »Vereinigte chemische Werke«. Charlottenburg *(Przypisek sprawozdawcy).*

1 : 100. Wreszcie do rurki kontrolnej, która zawiera 2 ctm.³ roztworu rycyny + 0·5 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego HCl, nalewamy 1 ctm.³ samej wody przekroplonej. Rurki te wstawiamy do cieplarki (37°—38° C.) na 3 godziny, poczem sprawdzamy, przy jakiem rozcieńczeniu mieszanina stała się zupełnie przeźroczysta. Dla dogodności Solms przyjmuje, że 1 ctm.³ takiego soku żołądkowego zawiera 100 jednostek pepsynowych (Pepsineinheiten), którego 1 ctm.³ w 100-krotnem rozcieńczeniu po 3 godzinach w cieplarce wyjaśnia rozczyn rycyny. Według badań Solmsa prawidłowe soki żołądkowe o ogólnej kwaśności 40—60 zawierają w 1 ctm.³ 100 jednostek pepsynowych.

Na podstawie badania 57 przypadków doszedł Solms do następujących wniosków: I) W sokach prawidłowo kwaśnych o ogólnej kwaśności 40—60 ilość pepsyny w 1 ctm.³ soku żołądkowego waha się między 100—200 jednostek pepsynowych. II) Ilość pepsyny w sokach nazwanych przez Solmsa prawie prawidłowymi o ogólnej kwaśności 30—40 lub 60—70 wynosi 100 do 200 jed. peps. w 1 ctm.³. III) W przypadkach, w których było brak HCl, o ogólnej kwaśności poniżej 30, była również zawartość pepsyny bardzo mała, między 10 a 20 jed. peps., a czasem nie dochodziła nawet do 10 jedn. pepsyny. IV) W sokach o nadmiernej kwaśności powyżej 70 nie stwierdza się mimo zwiększenia kwaśności więcej nad 200 jed. peps. Witte wypróbówał metodę Solmsa w 50 przypadkach i stwierdza, że metoda to bardzo prosta, że nawet z bardzo małą ilością soku można otrzymać wyniki pewne i stałe. Do badania soków prawidłowo kwaśnych, oraz o nieznacznie zmniejszonej lub zwiększonej kwaśności radzi W. używać rozcieńczenia soku od 1 : 100, a nawet 1 : 50 do 1 : 1000. Przy sokach o zmniejszonej kwaśności lub wcale niekwaśnych używał W. rozcieńczeń 1 : 1, 1 : 2, 1 : 10. Z doświadczeń W. wynika: 1) że średnia wartość działania pepsyny przy prawidłowej kwaśności wynosi 100—200 jednostek pepsynowych. 2) Nie ma równoległości między kwaśnością soku, a ilością pepsyny. 3) Ze zwiększeniem się kwaśności zwiększa się wprawdzie wogóle działanie pepsyny, atoli nie ma ścisłej równoległości między stopniem kwaśności, a działaniem pepsyny. 4) Soki, zawierające mało HCl, zawierają też mało pepsyny. Zupełny brak pepsyny zauważył W. w przypadku przewlekłego nieżytu żołądka, sądzi jednak, że tu zasadowy odczyn soku zobojętniał mieszankę rycyny z HCl. We wszystkich zaś innych przypadkach, w których wydzielanie się HCl było zniesione, można było wykryć pepsynę, choćby w śladach. Także przy nerwicach znajdował W. nizkie wartości pepsyny. W przypadkach raka żołądka, w których nie było HCl, można było stwierdzić wyraźne ślady działania pepsyny.

Próba Solmsa daje według W. stosunkowo stałe wyniki; tylko w tych przypadkach, w których sok żołądkowy nie daje się zupełnie na czysto odsączyć, mogą być wyniki niepewne, gdyż pozostaje lekka opalescencya, mogąca być źródłem błędów. Porównawcze badania W. z próbą Metta stwierdziły zgodność obu prób, t. j. te soki, które zawierały więcej jednostek pepsynowych, trawią także wyższy słup białka w rurkach Metta. *Dr Sermak.*

Gentzen. **Wydzielanie soku żołądkowego na czczo.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 35, 1907). Dla stwierdzenia zapatrywania Schreibera, że w czczym żołądku znajduje się niewielka ilość soku trawiennego, wprowadzał G. do żołądka pigułki desmoidowe według Sahlego i badał zachowanie się moczu co do błękitu metylenowego i chromogenu. Jak wiadomo, katgutowa otoczka pigułki desmoidowej rozpuszcza się tylko w soku trawiennym żołądka i uwalnia błękit metylenowy, zawarty w pigułce. Na 53 doświadczeń wszystkie były dodatnie. W większości doświadczeń pojawiał się błękit przed upływem 2 godzin. Aby stwierdzić nierozpuszczalność pigułek w jelitach, wykonał G. doświadczenia na 5 królikach, którym wprowadzał pigułki do dwunastnicy, i przekonał się, że pigułki w zasadowej treści jelit są nierozpuszczalne. U ludzi wprowadzał G. pigułkę desmoidową z otoczką keratynową, keratyna bowiem nie rozpuszcza się w soku trawiennym żołądka, a natomiast rozpuszczając się w soku trawiennym jelit, uwalnia dopiero w jelitach pigułkę z zewnętrznej otoczki. W 4 takich doświadczeniach nie stwierdził G. błękitu metylenowego w moczu, a w jednem odnalazł pigułkę pozbawioną otoczki keratynowej w kale. Aby wyłączyć wpływy psychiczne, wprowadzał G. u 6 chorych pigułki przy badaniu krtani bez ich wiedzy; u wszystkich 6 wystąpił błękit metylenowy w moczu po 2 godzinach. Badania G. potwierdzają więc zapatrywanie Schreibera, że nawet czczy żołądek zawiera nieznaczne ilości soku trawiennego.

Dr Skórczewski.

Doc. Schiff. **Mechaniczna pobudliwość w wydzielaniu się soku żołądkowego.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. LXI). Doświadczenia autora miały na celu sprawdzić, czy słusznem jest twierdzenie Pawłowa, że własności mechaniczne potraw nie mogą wywołać wydzielania się soku żołądkowego. Wprowadzał on kolejno do żołądka psom (u których założył poprzednio przetokę sposobem Pawłowa) po 24-godzinnym poście: mleko i wodę, bizmut, piasek i proszek szklany. We wszystkich doświadczeniach wzrastało wydzielanie się soku, niekiedy bardzo znacznie, a zatem wspomniane ciała niewątpliwie wzmacniają wydzielanie się soku, powstałe już pod wpływem podanych pokarmów. Następnie badał w podobny sposób żołądek, będący w spoczynku, t. j. wprowadzał suchy piasek lub proszek szklany. I tu wynik był dodatni. Rozpatrzywszy atoli szczegółowo wyniki swych badań i porównawszy je z wynikami doświadczeń Pawłowa, stwierdza S., że nie może jednak dłużej działającemu mechanicznemu podrażnieniu i obciążeniu żołądka przyznać znaczniejszego wpływu na wydzielanie się soku, gdyż w pierwszym rzędzie stoi podrażnienie chemiczne, a dalej być może, że wpływ czynników mechanicznych na wydzielanie soku żołądkowego u różnych zwierząt jest różny, tak jak i stopień pobudliwości błony śluzowej jest nierówny. Sprawa wymaga w każdym razie dalszych badań. *W. Kluger.*

Cytowicz. **Naturalny sok żołądkowy i wyniki stosowania jego u chorych gruźliczych.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 28). Wychodząc z założenia, że u większej ilości gruźliczych istnieje zmniejszenie sprawności wydzielniczej (hyposecretio) żołądka, brak apetytu i t. d., autor stosował w celu podniesienia odżywienia chorych w różnych okresach gruźlicy płuc naturalny sok żołądkowy, wydobywany u psa sposobem Pawłowa.. U psa, operowanego w ten sposób, wydobywał sok 2 razy tygodniowo w ilości około 500 sz. ctm., filtrował przez zwykły szwedzki papier i przechowywał w zimnem miejscu. Chorzy otrzymywali sok 2 razy dziennie po 15,0—30,0 grm. w $^1/_2$ godziny po obiedzie i kolacyi — znosili go bardzo dobrze. Z wyników leczenia autor bardzo zadowolony, gdyż u chorych prędko zjawiał się apetyt, znosili dobrze mięsną dyetę, a waga ich ciała stale się podnosiła. Prędko też znikały męczące nocne poty.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Walko. **Zmiany chorobowe żołądka przy przewlekłem zatruciu ołowiem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 35). O ile powszechnie są znane jelitowe kolki ołowicze, o tyle ołowicze cierpienia żołądka mało na siebie dotąd zwracały uwagi. Z obszernej statystyki W. wynika jednakże, że są one nietylko częste, ale że nawet wyprzedzają objawy jelitowe. Znamienną ich cechą jest niedomoga wydzielnicza, często zupełny brak wolnego kwasu solnego, a także i niedomoga ruchowa, mająca źródło bądź w osłabieniu warstwy mięsnej, bądź (częściej) w kurczu, zwłaszcza odźwiernika, co wywołuje silny ból i częste wymioty.

Dr M. Godlewski.

Kaufmann. **O skurczach żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 36). Nowsze badania fizyologiczne i kliniczne uczą, że czynnność części wpustowej żołądka różni się znacznie od czynności odźwiernikowej, tak pod względem wydzielniczym, jak ruchowym; w części wpustowej odbywają się ruchy robaczkowe, które ustają na granicy części odźwiernikowej; część odźwiernikowa kurczy się rytmicznie i daleko silniej; w czasie trawienia część wpustowa i odźwiernikowa, każda dla siebie stanowi osobną całość, tak dalece, że treści ich, różne pod względem chemicznym i fizycznym ze sobą się nie mieszają; do żołądka wprowadzane pokarmy nie układają się w nim bezładnie, ale pokarmy stałe gromadzi część wpustowa i dopiero zamienione na miazgę podaje części odźwiernikowej, natomiast płyny dostają się wzdłuż krzywizny małej wprost z wpustu do części odźwiernikowej. Tak dokładny podział żołądka na części, pod względem czynnościowym bardzo się różniące, powstaje w czasie trawienia wskutek odpowiedniego działania mięśni. Ważny udział bierze w tem warstwa mięśni ukośnych (*fibriae obliquae*). Na preparatach żołądków, będących w skurczu, rysuje się wyraźnie podział mięśni ukośnych na dwa pasma; jedno biegnie poniżej krzywizny małej, do niej równolegle, drugie zniżając się po ścianach części wpustowej ku krzywiźnie dużej, przechodzi w warstwę mięśni okrężnych. Pierwsze, kurcząc się, zbliża ściany żołądka ku sobie wzdłuż swego przebiegu tak, że skutkiem tego powstaje rynienka, której sklepienie tworzy krzywizna mała; początek rynienki u wpustu, a ujście w części odźwiernikowej. Drugie pasmo, kurcząc się, oddziela część wpustową od części odźwiernikowej, a żołądkowi nadaje kształt klepsydry. W części wpustowej i odźwiernikowej odbywa się trawienie pokarmów;

rynienka zaś służy do przeprowadzania do części odźwiernikowej płynów wprost z wpustu, a z części wpustowej miazgi, powstałej w niej z pokarmów stałych. O ile inne ruchy ścian żołądka, bliżej jeszcze niezbadane, wpływają na układanie i przesuwanie się w nim treści, niewiadomo. Niejednolitej czynności ścian żołądka, odpowiada nierównomierne wykształcenie warstw mięsnych w różnych jego częściach; najsilniej są mięśnie rozwinięte tam, gdzie czynność żołądka jest najbardziej złożona, t. zn. tam, gdzie część wpustowa graniczy z częścią odźwiernikową, gdzie mięśnie ukośne przechodzą w warstwę mięśni okrężnych. Okolica ta zdaje się mieć niepoślednie znaczenie w chirurgii żołądka przy wytwarzaniu przetok żołądkowo-jelitowych, bo po tej operacyi zdarzające się ciężkie powikłania, w postaci niedowładu żołądka, są prawdopodobnie następstwem uszkodzenia warstwy mięsnej, oddzielającej część wpustową od części odźwiernikowej. *Kostrzewski.*

Weiss A. **Doświadczenia z lewurynozą.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1907, Nr 33). Lewurynoza są to drożdże piwne, wysuszone w prądzie zimnego powietrza. Przetwór ten, mający postać białego proszku o drożdżowym zapachu, najlepiej podawać w wodzie lub piwie; przewyższa on zwykłe drożdże swą trwałością, (drożdże zwykłe podawać można tylko świeże, nie starsze nad dobę). Lewurynozę stosuje się we wszystkich tych chorobach, co i drożdże. W. uzyskał dobre wyniki przy zaparciu stolca, przy czyrakach i (przez miejscowe zastosowanie tamponów, napojonych 1 prc. rozczynem lewurynozy) w wiewiórze u kobiet. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

O laktobacylinie. (Combe: Autointoxication intestinale, 1906. — Miecznikow: Quelques remarques sur le lait aigri, 1906. — Nigoul: Sur un moyen scientifique de détruire les putrefactions de l'intestin i t. d., 1907. — Makarow: O dies tieticzeskom znaczenii kisłaho mołoka Miecznikowa, 1907). Stały stosunek między trawieniem, a zdrowiem, jak niemniej fakt zatruwania ustroju wytworami gnicia w kiszkach, należą do dawnych spostrzeżeń klinicystów, zwłaszcza francuskich. Ustrój ludzki jest pracownią i zbiornikiem jadów (Bouchard). Wkrótce po urodzeniu (3—10 godzin) przewód pokarmowy noworodka, dotychczas jałowy, zakaża się drobnoustrojami, które w jelitach, zwłaszcza w okrężnicy, tworzą stałą florę. W liczbie drobnoustrojów kiszkowych, między którymi są i pożyteczne dla życia, znajdują się w obfitej ilości bakterye, wywołujące gnilny rozkład białka; z wytworów tego gnicia do najszkodliwszych należą tak zwane ciała aromatyczne (fenol, parakrezol, indol, skatol); do dalszych wytworów gnicia białka w kiszkach zaliczyć należy gnilne alkaloidy. W prawidłowym stanie zdrowia trujące te substancye znajdują się w ilościach nieszkodliwych; w niektórych natomiast chorobach, zwłaszcza w schorzeniach przewodu pokarmowego ilość ich tak wzrasta, że występuje cały szereg zaburzeń bezpośrednich i pośrednich, wiodących do ogólnego schorzenia ustroju. Bakterye gnilne mogą rozmnożyć się w tym stopniu, że tworzą stałe źródło zatruwania się ustroju. Ilość pokarmów spożytych nie cała ulega przetrawieniu, a ta część niedotrawiona właśnie gnije; a jeśli człowiek odżywia się jednostronnie i spożywa w nadmiarze substancye azotowe, to tem więcej przysparza materyału do gnicia i w następstwie do zwiększonej ilości wytworów trujących. Stopień samozatrucia uwydatnia się ilością kwasów eterosiarkowych związanych w moczu. Wytwory gnicia dostają się z jelit do żyły wrotnej, a w części drogą naczyń chłonnych do przewodu piersiowego: gruczoły wydzielnicze, a więc wątroba, nerki, gruczoły skórne, są narażone w pierwszej linii na ich szkodliwe działanie. Najwybitniejszy i najszkodliwszy wpływ wywiera samozatrucie z kiszek na narząd krążenia: jeszcze w r. 1893 zwrócił Huchard uwagę na to, że niektóre toksyny pokarmowe mogą wywoływać stan kurczowy błony mięsnej naczyń i dalsze szkodliwe jego następstwa. Miecznikow przypuszcza, że zwyrodnienie włókniste różnych narządów i stwardnienie tętnic, oraz jego dalsze następstwa u starców są skutkiem samozatrucia jakiemiś jadami, podobnie jak wyskok, pewne metale, jad kiłowy wywołują podobne zmiany i przedwczesną patologiczną starość. Miecznikow sądzi, że jady te powstają w kiszkach. Obok tego, jady kiszkowe wywołują zdaniem Miecznikowa liczne inne choroby, ostre i przewlekłe, tak w miejscu swego powstawania, w przewodzie pokarmowym, jak i w innych narządach, wiodące do przedwczesnej zgrzybiałości i skracające życie.

Oczywiście tak ważny dział patologii zaprzątał oddawna umysły klinicystów, którzy usiłowali zmniejszyć gnicie w kiszkach drogą mechaniczną, t. j. lekami przeczyszczającymi, oraz zmniejszeniem ilości spożywanych substancyi azotowych. Dyeta roślinna, a w szczególności dyeta mleczna, dawała najlepsze, lecz niewystarczające wyniki. W ostatnich latach poczęto dla zwalczania flory bakteryjnej w kiszkach stosować leki odkażające, jak naftol, benzonaftol, salicylany, kalomel, betol, salol i t. d., lecz wkrótce przekonano się z jednej strony, że środki te mogą stać się szkodliwe dla ustroju chorego, a z drugiej, że bakteryobójcza siła tych leków w dawkach leczniczych jest niewystarczająca. Hayem pierwszy zwrócił uwagę klinicystów na kwas mleczny, jako na środek, nadający się do odkażania przewodu pokarmowego, co potwierdzili Grundzach, Schmitz i Singer. Badacze ci stwierdzili, że po użyciu kwasu mlecznego zmniejsza się ilość kwasów eterosiarkowych związanych w moczu, będąca w prostym stosunku do gnicia w kiszkach. Kwas mleczny działa odkażająco nietylko przez bezpośredni wpływ na bakterye gnilne, lecz i drogą pośrednią, przeobrażając środowisko, w którem przebywają drobnoustroje kiszkowe, mianowicie zmieniając jego odczyn zasadowy na kwaśny, niesprzyjający rozwojowi bakteryi gnilnych. Kwas mleczny ma jednak i strony ujemne: jak to wykazał Nencki, szybko się utlenia, lub wydziela z moczem; wskutek tego jest jego wpływ odkażający tylko przelotny. Wiadomą jest rzeczą, że energia lecznicza wielu przetworów chemicznych jest o wiele wydatniejszą, jeśli ustrój otrzymuje ten przetwór w chwili wywiązywania się (*in statu nascendi*); można więc było przypuszczać, że stałe, regularne i obfite wywiązywanie kwasu mlecznego będzie znacznym postępem. Miecznikow wskazał na to, że wprowadzone do ustroju żywe bakterye mleczne, znajdując w kiszkach cukier pokarmów, wytwarzają stale i obficie kwas mleczny, przepajający treść kiszkową, a tem samem stale zmniejszający sprawy gnilne. Na tem polega znane korzystne działanie mleka kwaśnego w wielu przypadkach. Tem lepszych wyników oczekiwać należało, jeżeliby bakterye mleczne zostały wyosobnione w stanie czystym, i jeżeliby dobrano gatunki ich, wytwarzające jak najwięcej kwasu mlecznego. Sprawą tą zajęto się w paryskim Instytucie Pasteura. Według badań Henpela własność wytwarzania największej ilości kwasu mlecznego posiada prątek bułgarski, znajdujący się w jahurcie (kwaśne mleko bułgarskie). Prątek ten, wyosobniony w czystej hodowli, połączony z hodowlą prątków paralaktycznych, stanowi środek, nazwany przez Miecznikowa laktobacyliną. Według Cohendy posiada laktobacylina cztery razy większą siłę fermentacyjną względem węglowodanów, niż wszystkie inne znane fermenty mleczne. Gdy inne fermenty mleczne przestają działać, skoro kwaśność dojdzie do 10,0 na jeden litr, to laktobacylina doprowadza kwaśność do 25—30,0 na litr; prątek bułgarski rozkłada prawie w całości cukier, znajdujący się w mleku, na kwas mleczny. Niezbitym dowodem przeciwgnilnego działania laktobacyliny jest zmniejszenie się kwasów eterosiarkowych związanych w moczu, co stwierdzili wszyscy autorowie, zajmujący się tą sprawą, naocznie przekonywując na krzywych. Ogromne zmniejszenie się liczby drobnoustrojów kiszkowych pod wpływem laktobacyliny udowodnił Dr Bronisław Wejnert w klinice lekarskiej krakowskiej. Pod działaniem laktobacyliny potęguje się też rozpuszczanie soli wapniowych w tym stopniu, że podług Fonarda 68—72 prc. soli opuszcza ustrój w stanie płynnym. Makarow poddawał badaniu chorych na miażdżycę, którzy wogóle źle znoszą mleko z powodu zawartych w niem w obfitej ilości soli wapniowych; natomiast mleko, zakwaszone laktobacyliną, nietylko nie wywoływało u nich żadnych przypadłości ujemnych, ale przeciwnie chorzy ci czuli się lepiej, a parcie krwi u nich zmniejszało się. Kwas mleczny szybko utlenia się w ustroju, wytwarzając wodę i kwas węglowy, który łączy się z sodem i wydziela się z ustroju jako węglan sodowy, korzystnie wpływający na skazę moczanową i wogóle na złą przemianę materyi. Tissier utrzymuje, że działanie lecznicze laktobacyliny występuje już po kilku dniach; natomiast wpływ odkażający po zaprzestaniu używania laktobacyliny trwa jeszcze 12—15 dni. Z powyższego wynika, że laktobacylina zasługuje na szersze zastosowanie jako środek dyetetyczno-leczniczy. Wolno jednak zagadnąć, czy zwykłe kwaśne mleko nie wywrze tego samego wpływu na ustrój? Już wyżej wspomnieliśmy, że w Instytucie Pasteura stwierdzono, iż prątek bułgarski wytwarza najwięcej kwasu mlecznego, i że żaden inny prątek mleczny co do obfitości wytwarzanego kwasu mlecznego nie może z nim spółzawodniczyć. Prócz stąd wynikającej wyższości nad zwykłem mlekiem kwaśnem, należy uwzględnić to, że mleko, zakwaszone laktobacyliną, jest wolne od wszelkich innych drobnoustrojów, usuniętych przez zagotowanie mleka, a tem samem daje rękojmię, że nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, mogących znajdować się w zwykłem mleku kwaśnem. Autorowie, wymienieni w nagłówku, przeprowadzali równoległe badania kliniczne z mlekiem kwaśnem zwyczajnem i mlekiem zakwaszonem laktobacyliną

i stwierdzili wyższość laktobacyliny co do usuwania gnicia kiszkowego i następowego samozatrucia, oraz wpływu hydrolitycznego na sole wapniowe i t. d., czego nie dokaże zwykłe mleko kwaśne. Mleko zakwaszone laktobacyliną jest dobrą pożywką, lekko strawną i przyjemnego smaku. Łatwa strawność laktobacyliny zależy od fermentu mlecznego, który utrzymuje w stanie płynnym znaczną część sernika i fosforanu wapniowego.

Dr August Kwaśnicki.

Kuttner. **Przewlekłe biegunki i ich leczenie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 43). Ponieważ biegunka, jako taka, jest zmianą czynnościową, należy w każdym przypadku biegunki naprzód rozstrzygnąć, jaka jest jej przyczyna, czy towarzyszą jej zmiany anatomiczne jelit, czy też nie. Biegunki bez zmian anatomicznych mogą zdaniem Nothnagla być skutkiem: 1) bodźców, wychodzących z przewodu pokarmowego, 2) bodźców nerwowych, 3) bodźców wychodzących z krwi. Do pierwszej kategoryi należą biegunki, *a*) po środkach przeczyszczających, b) wskutek błędu dyetetycznego, *c*) w następstwie zaparcia stolca, *d*) wskutek pasorzytów w przewodzie pokarmowym. Druga kategorya, biegunki nerwowe, powstają wskutek wzmożonej pobudliwości nerwów, wywołujących ruchy robaczkowe mięśni jelit i wskutek przesączania płynu do jelita, wywołanego także wpływami nerwowymi. Taka nerwowa biegunka towarzyszy czasem chorobie Basedowa i to najczęściej w początkowym jej okresie; trwa ona zazwyczaj krótko, lecz może się przeciągać na tygodnie i ustrój bardzo wyniszczyć. Tutaj należą także biegunki, występujące w preataktycznym okresie wiądu rdzenia i przy migrenie. Biegunki mogą także powstawać odruchowo przez działanie bodźców na pewne narządy ustroju, jak skóra, nos, żołądek i t. d.; tutaj należą biegunki u ciężarnych. Przewlekłe zatrucia nikotyną i morfiną wywołują czasem biegunki. Möbius opisał t. zw. »nervöse Verdauungsschwäche«, polegającą na częstych i obfitych stolcach, zawierających niestrawione pokarmy. Do biegunek, których bodźce wychodzą z krwi, zaliczamy biegunki po wstrzyknięciu niektórych ciał chemicznych, jakoteż biegunki w przebiegu mocznicy, posocznicy, zimnicy, cholery i t. p. Do czynnościowych biegunek zaliczyć też trzeba biegunkę, opisaną przez Nothnagla, w której stolec ma cechy treści jelita czczego; biegunka ta wywoływaną bywa sprawami fermentacyjnemi. Biegunki czynnościowe bywają skutkiem pewnych stanów żołądka, tak n. p. braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*); ale i takie choroby żołądka, w których badanie treści żołądkowej stwierdza niewielkie zmiany, mogą być powodem biegunek, o czem świadczą często: wywiady, korzystny wpływ leczenia choroby żołądka, obfitość włókien łącznotkankowych w stolcach, pewien obraz bakteryologiczny stolca. Każda biegunka czynnościowa może z biegiem choroby przejść w nieżyt jelit. Rozróżnienie tych obu spraw byłoby bardzo ważne, ale nie zawsze jest możliwe. Śluz w stolcach nie dowodzi jeszcze zmian nieżytowych, gdyż i przy biegunkach nerwowych może się śluz obficie wydzielać. Jedynym sposobem pewnego rozpoznania jest dokładne badanie stolców. Według Schmidta barwa stolca jasno-żółta lub zielona po dyecie próbnej trafia się przy zmianach jelit cienkich, stolec pienisty, jasno-brunatny, fermentujący, wskazuje na lżejsze zmiany w kiszce, stolce ciemne, silnie cuchnące, dowodzą poważniejszych zmian; gołem okiem widzialne resztki pokarmów są zawsze objawem chorobowym; niestrawione włókna mięsne świadczą o upośledzonem trawieniu jelitowem, włókna tkanki łącznej o upośledzonem trawieniu żołądkowem. Dalej zwracać należy uwagę na obecność w stolcach robaków lub ich jaj, krwi lub ropy. Jeżeli włókna mięsne (drobnowidowo) są wyraźnie poprzecznie prążkowane, przemawia to za nieżytem jelit cienkich, obecność jąder w tychże włóknach przemawia za upośledzeniem trawienia trzustkowego; za tąż zmianą, jakoteż za zaburzeniami w jelitach cienkich przemawia obfitość skrobi; przy zaburzeniach w wydzielaniu żółci i soku trzustkowego, przy upośledzonem wessaniu w jelitach cienkich lub wzmożonych ruchach robaczkowych jelit, znajduje się w stolcu obficie tłuszcz. Z chemicznych sposobów badania niezbędne są przynajmniej próba sublimatowa i fermentacyjna. Bakteryologiczne badanie stolca nie jest dla praktyka niezbędne, natomiast badanie sprawności żołądka bardzo się zaleca. Ponieważ nieprawidłowości trzustki mogą wywoływać przewlekłe biegunki, nieodzowną jest rzeczą zwracać uwagę na ten narząd; za zmianami w trzustce przemawiają: stały cukromocz, cukromocz pokarmowy, obfitość tłuszczu w stolcach, niestrawione jądra we włóknach mięsnych, odczyn glutoidowy Sahlego, obfitość skrobi, nadmierne obfite stolce. Badając tak dokładnie stolce, można się przekonać, że czysto czynnościowe biegunki są w ogólności o wiele rzadsze, niż biegunki w następstwie nieżytu jelit. Badanie stolców rozstrzyga nietylko o nieżycie jelit, lecz także, który odcinek jelit jest zajęty. I tak obecność prawie samego śluzu przemawia za nieżytem dolnego odcinka jelit; stolce papkowato-płynne, zmieszane dokładnie ze śluzem, za nieżytem jelit cienkich. Przy nieżycie jelita grubego pojawia się biegunka naprzemian z zaparciem stolca. Rozpoznanie owrzodzeń jelit należy również do zadań niełatwych, gdyż niema równoległości między rozmiarami owrzodzeń, a biegunką; małe owrzodzenia mogą wywoływać silne biegunki, a naodwrót wielkim owrzodzeniom towarzyszyć może zaparcie stolca lub nawet może się stolec zachowywać prawidłowo. Za owrzodzeniami przemawiają: wielka ilość ropy i strzępy błony śluzowej jelit w stolcach, z objawów zaś fizycznych ograniczona bolesność. Nowotwory jelit przebiegają często, jakkolwiek niestale, z biegunką. Leczenie biegunek musi być przyczynowe i indywidualne. Uregulowanie dyety ma wielkie znaczenie, ale przy biegunkach nerwowych może zupełnie nie wywrzeć wpływu. Dyetę należy regulować na podstawie badania stolców; pokarmy, przez danego chorego gorzej trawione, należy usuwać z dyety. Przy sprawach fermentacyjnych poleca się dyetę przeważnie białkową, przy gnilnych węglowodany. Biegunki czynnościowe nie wymagają zbyt ścisłej dyety. Jeżeli stolce zawierają obficie tkankę łączną, należy ograniczyć pokarmy mięsne; przy braku HCl w żołądku należy podać go wewnętrznie. Nieżyty jelita grubego leczy się dobrze lawatywami. Przy chorobach trzustki — pankreon. W przypadkach uporczywych można się uciec do środków ściągających, zabiegów wodoleczniczych i leżenia w łóżku. Przetworów makowca należy unikać.

Pisarski.

Herz. **Wpływ wtórorzędnie występującej róży na odczyn Gruber-Widala.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907. Nr 42). Do duru brzusznego w okresie ustępowania choroby dołączyła się róża, trwająca dni 8. Gorączka, w tym okresie duru nieznaczna, z wystąpieniem róży wzniosła się do 40° C.; na tym mniejwięcej poziomie utrzymywała się przez 3 dni; w ciągu 2 dni następnych opadła do poziomu ciepłoty prawidłowej, która się utrzymywała do końca róży. Dopiero po ustąpieniu róży gorączka wróciła do tej wysokości, jaka była przed wystąpieniem róży; dalszy przebieg duru był zwyczajny. Wybitniejszym jeszcze był w tym przypadku wpływ róży na własności surowicy krwi. Surowica krwi, dająca wyraźny odczyn Gruber-Widala, z wystąpieniem róży utraciła własność aglutynowania; odzyskała ją jednak w całej pełni po ustąpieniu róży. — Czy surowica krwi chorych traci zdolność aglutynowania bakteryi durowych pod wpływem róży zawsze? — niewiadomo. Zakażenie dwoinkami zapalenia płuc, występujące w przebiegu duru, raz przeszkadza powstawaniu odczynu Gruber-Widala, innym razem go nie zmienia.

Kostrzewski.

Conradi. **Kiedy chory na dur zakaża otoczenie?** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41). Autor wyhodował z krwi i ze stolców osób z otoczenia chorego na dur brzuszny prątki durowe. Osoby te w następstwie zapadały na dur. Dla stwierdzenia przypuszczenia, stąd wynikającego, iż jest prawdopodobne zakażenie durem otoczenia we wczesnych bardzo okresach, wybrał C. z 600 chorych na dur 85 przypadków niewątpliwego zakażenia wprost (przez zetknięcie) i w nich obliczał czas zakażenia się, przyjmując na wylęganie się choroby 10 dni. Z obliczeń wypadło, iż 49 chorych zakaziło się w 1-szym tygodniu duru osobnika zakażającego, 16 w drugim, 10 w trzecim, pięć w czwartym, 3 w piątym, po jednym w 6-tym i w 7-mym tygodniu. Zakażenie otoczenia następuje więc najczęściej w bardzo wczesnym okresie choroby, a kto wie nawet, czy nie w czasie wylęgania się choroby. C. zwraca jednak uwagę, że stwierdzony przez niego stosunek zakażeń późniejszych może jest za nizki, ponieważ częstość zakażeń późniejszych może być odkażaniem i odosobnieniem chorego znacznie zmniejszona. Wreszcie wypowiada C. zdanie, iż tylko uwzględnienie możliwości tak wczesnego zakażenia może walkę z epidemią uczynić skuteczną.

Dr Skórczewski.

Neter. **W sprawie patogenezy choroby Hirschsprunga.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 37). Autor przytacza dowody na korzyść zapatrywania Marfana, którego zdaniem pierwotną przyczynę choroby stanowi niezwykle długa i ruchoma pętla esowata, wskutek czego łatwo następuje nagromadzanie się kału powyżej przeszkody. Rozszerzenie i rozrost powyżej pętli esowatej położonych części okrężnicy jest tedy wedle tego zapatrywania zjawiskiem wtórnem. *Dr M. Godlewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 27. listopada 1907.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 46.

1) Przyjęto na członka Towarzystwa kol. Jakóba Kroka.

2) Wybrano do Komitetu przedwyborczego kolegów Drów: Akermana, Berezowskiego, Bielańskiego, Bochenka, Cetnarowskiego, Cerchę, Filipkiewicza St., Cybulskiego T., Glińskiego, Grzybowskiego, Jakobsohna, Kadera, Kostaneckiego, Lustgartena, Lustiga, Murczyńskiego, Schlanka, Stopczańskiego, I. Stahra, Sikorską, Surzyckiego.

3) Kol. Piotrowski imieniem Komisyi, wybranej dnia 13. II. 1907, przedłożył następujące wnioski **w sprawie położnych w Galicyi:**

Towarzystwo lekarskie krakowskie wniesie do Sejmu petycyę następującej treści:

I. Wysoki Sejm wpłynie na Wydział krajowy, a ten na Rady powiatowe, aby tworzyły jak największą liczbę małych okręgów akuszeryjnych, aby w najkrótszym czasie zapewnioną była pomoc fachowa wszystkim kobietom rodzącym. Rady powiatowe powinny postarać się o wysyłanie na naukę kobiet wiejskich, dając im odpowiednie zapomogi i to z tych miejscowości, w których później mają zajmować posady położnych.

II. Wysoki Sejm wpłynie na władzę polityczną, żeby przypomniała urzędom parafialnym do dnia dzisiejszego obowiązujący dekret kancelaryi nadwornej z 2. lipca 1825 (l. 20,248), o zapisywaniu do metryk osób czynnych przy porodzie.

III. Wydział krajowy i Namiestnictwo poleci lekarzom gminnym, okręgowym i powiatowym kontrolowanie ksiąg metrykalnych i donoszenie starostwom w myśl ustawy z 2. lipca 1825 i okólnika Namiestnictwa z d. 21. lutego 1895 (l. 13,523) o babkach, spełniających czynności przy porodzie. Dalej Wysoki Sejm wpłynie na Namiestnictwo, aby przypomniało starostwom o przysługującem im prawie nakładania na babki kar administracyjnych w myśl rozp. minist. z 6. marca 1854 (l. 57, str. 692), 30. września 1857 (l. 198) i okólnik Namiestnictwa z 10. czerwca 1895 (l. 37,834).

IV. Wobec tego, że zaledwie 10% porodów odbieranych jest w Galicyi przez położne, a reszta, 90%, przy obsłudze babek naraża rodzące na ciężkie schorzenia, a nierzadko i na śmierć, z czego kraj, tracąc siły robocze, ponosi największą szkodę, uchwali wysoki Sejm otworzyć dwie nowe szkoły położnych w Galicyi i utworzyć przy wszystkich szkołach internaty, gdyż tylko wtenczas uczennice odnieść będą mogły z nauki należytą korzyść, a kraj zaopatrywany będzie w dostateczną liczbę położnych.

V. Aby ułatwić naukę kobietom wiejskim, uchwali Wysoki Sejm rozdzielić szkoły na dwa typy, t. j. szkołę niższą o kursie 6 miesięcznym dla kobiet wiejskich, zajmującą się więcej wykształceniem praktycznem, co będzie możliwem przy zaprowadzeniu internatu, i na szkołę wyższą, zajmującą się także wykształceniem teoretycznem i wymagającą większych studyów przygotowawczych. Dla wykształcenia położnych, oraz przypomnienia położnym już praktykującym tego, co wiedzieć powinny, postara się Wysoki Sejm o wprowadzenie przymusowych kursów powtarzania stosownie do ustawy z 10. czerwca 1897.

VI. Aby zwiększyć materyał dla nauki tak położnych, jak i słuchaczy wydziałów lekarskich, poleci Wysoki Sejm Wydziałowi krajowemu, aby w porozumieniu się z Namiestnictwem postarał się o lepsze umieszczenie klinik położniczych, jak i szpitalnych szkół położnych, a mianowicie o specyalne sale dla ciężarnych, pokoje izolacyjne i pokoje dla osób inteligentnych, a niezamożnych, gdyż wtenczas tylko może ustać odbywanie porodów po domach prywatnych i u położnych.

Wnioski powyższe prawie jednomyślnie uchwalono.

4) Kol. Prof. Kader przedstawił *a)* chorego z **mięsakiem worka mosznowego,** *b)* chorego po **wycięciu krtani z powodu raka,** *c)* chorego po doszczętnej operacyi **raka gardła,** *d)* chorego, u którego wykonał **gastrostomię z powodu rakowego zwężenia przełyku.**

W dyskusyi przemawiali koledzy: Gliński, Borzęcki, Schöngut, Rosner i prelegent.

5) Prof. Rosner wyłożył rzecz: **O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych.**

W dyskusyi zabrał głos kol. Doc. Braun.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie d. 6. grudnia 1907.

I. Dr Bocheński w zastępstwie Prof. Marsa przedstawił 2 przypadki z kliniki ginekologicznej: 1) Znacznego stopnia **słoniowacinę sromu** (*elephantiasis vulvae*) powstałą w czasie ciąży. 2) Chorą, która **w 5 miesiącu ciąży,** bez szkody dla tego stanu, przebyła **laparotomię z powodu torbieli jajnika.** Zabieg ten musiał być przedsięwzięty z powodu skrętu torbieli.

II. Dr Wolf przedstawia przypadki z oddziału chirurg. szpit. powsz. (prym. Prof. G. Ziembicki): 1) Chorego po **laparotomii,** dokonanej z powodu **pęknięcia jelita po uderzeniu kopytem** końskiem. Zabiegu dokonano w 36 godzin po wypadku; znaleziono otwór wielkości 20-halerzówki w jelicie biodrowem. 2) Chorego, wyleczonego **z niedrożności jelita,** u którego prelegent założył z powodu bardzo złego stanu **przetokę kałową,** a następnego dnia dopiero wyciął przeszło 50 cm. **pętli esowatej,** obumarłej wskutek skrętu. Oba końce po resekcyi zawiązał jedwabiem i przyszył do rany brzusznej. Tak powstały odbyt sztuczny doprowadził następnie zapomocą uciskadeł Mikulicza do zagojenia. 3) Chorego po operacyi z powodu **niedrożności jelita** cienkiego (na tle kiłowem?), u którego wykonał **enteroanastomozę** boczną. Mimo powstałego wypadnięcia jelit w 5 dni po operacyi, chory wyzdrowiał i opuszcza szpital w 6 tygodni po zabiegu.

III. Dr Nowicki okazał preparaty z zakładu anatomiczno-patologicznego (Prof. Obrzut): 1) **Krwiak śródścienny tętnicy głównej** (*aneurysma dissecans*) z 38-letniego mężczyzny, u którego rozpoznawano za życia wadę serca lewego i zapalenie nerek, i który zmarł nagle w szpitalu. Wskutek pęknięcia tętnicy głównej w okolicy jej opuszki nastąpił śmiertelny krwotok do worka osierdziowego. Pęknięcia tego rodzaju, jak prelegent podnosi, bywają następstwem gwałtownego wysiłku fizycznego, co tu zdaje się być wyłączonem. Natomiast wobec zmian miażdżycowych na ścianach tętnicy głównej i wobec przewlekłego zapalenia nerek, można sobie pęknięcie wytłómaczyć nagłem wzmożeniem parcia śródnaczyniowego w następstwie chwilowo wzmożonej pracy mięśniowej przerosłego serca. 2) Preparat **mięsaka limfatycznego** (*lymphosarcoma*) **grasicy** u 8-letniego dziecka. Prelegent podnosi rzadkość tego rodzaju nowotworów, a przytem okoliczność, że mimo znacznych rozmiarów guza (sięgającego do obu jam opłucnych i do przepony) dopiero tak późno wystąpiły objawy ucisku na drogi oddechowe. 3) Preparat **pęcherza moczowego z kamieniem** niezwykłych rozmiarów, kształtu jajowatego, ważącego 150 gr.

W dyskusyach brali udział: Prof. Gluziński, Prym. Pisek, Doc. Solowij, Prym. Opolski, Dr Czarnik.

Przewodniczący odczytał list Zarządu fabryki mleka Miecznikowa (»Le Ferment«), zapraszający członków Towarzystwa do zwiedzenia urządzeń tego zakładu. *Witold Ziembicki.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. października 1907.

1) Dębiński przedstawił chorego, któremu przed kilkoma godzinami w celach rozpoznawczych wkroplił na spojówkę oka lewego kroplę 10% tuberkuliny. **Odczyn Calmettea** wystąpił już po 4 godzinach.

2) Hejman Teodor wypowiedział rzecz p. t.: **Rozpoznanie ropni mózgu pochodzenia usznego.** Wielkie podobieństwo objawów chorobowych przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego do wielu chorób mózgowych innej przyrody bywa przyczyną bardzo częstych omyłek rozpoznawczych. A jednak, zdaniem prelegenta, omyłek tych uniknąć można, jeżeli uwzględnić: poprzednią chorobę uszną, płeć chorego, wiek, istniejące objawy mózgowe i czas trwania choroby. Prelegent podaje znamienne cechy przebiegu omawianej choroby, podnosi jej napadowość, opisuje objawy ogólne i miejscowe (objawów miejscowych może brakować, lub mogą one występować późno), wreszcie szczegółowo omawia rozróżnianie ropnia mózgowego pochodzenia usznego od sprawy ropnej w błędniku, ropnia przedoponowego, ograniczonego zapalenia mózgu, rozlanego zapalenia opon mózgowych, zapalenia opon surowiczego i gruźliczego, zakrzepu zatok mózgowych, napadu udarowego, nowotworu mózgu, wreszcie histeryi i neurastenii, oraz śpiączki cukrzycznej.

Posiedzenie kliniczne dnia 29. października 1907.

Landau Henryk odczytał rzecz p. t.: **Zmiany anatomiczne w nadnerczach przy stwardnieniu tętnic.** Na zasadzie swych badań doszedł autor do wniosku przeciwnego, niż Josué, sądzi bowiem, iż przy stwardnieniu tętnic niema wzmożonej pracy nadnerczy, lecz przeciwnie następuje ich zanik, a co zatem idzie, czynność ich się zmniejsza.

Dyskusya: Rzętkowski zwraca przedewszystkiem uwagę, że sprawa związku adrenaliny ze stwardnieniem tętnic jest przedmiotem licznych prac polskich. Własne doświadczenia pozwalają mowcy na twierdzenie, że adrenalina wzmaga ciśnienie i stąd powstaje miażdżyca doświadczalna. Zachodzi jednak pytanie, czy te zmiany, wywołane doświadczalnie, są istotnie miażdżycą? R. przekonał się, że obie sprawy te są w każdym razie do siebie bardzo podobne, że miażdżyca doświadczalna jest miażdżycą rzeczywistą królika, czemś zupełnie analogicznem do ludzkiej. Głównym czynnikiem w powstawaniu miażdżycy jest według Rz. wzmaganie się ciśnienia stałe lub często zdarzające się i to niezależnie od tego, co jest przyczyną tego wzrostu ciśnienia, czy wpływy toksyczne, które uznaje Landau, czy też wpływy natury psychicznej. — Starkiewicz sądzi, że teoryę intoksykacyjną i teoryę wzmożonego ciśnienia raczej godzić ze sobą należy, niż je sobie przeciwstawiać. Co do większości jadów, mających stanowić czynnik przyczynowy w miażdżycy, stwierdzono od dawna ich działanie zwężające naczynia (ołów, nikotyna). Jednakże teorya intoksykacyjna nie wystarcza dla wszystkich przypadków stwardnienia tętnic. Jako przykład wymienia S. przypadek Hucharda, w którym stwardnienie tętnic jednej kończyny górnej nastąpiło po długotrwałej rwie splotu barkowego i inne, znane z piśmiennictwa, w których wzmożone ciśnienie wywołane było przez wpływy czysto nerwowe, czy też inne, dotąd bliżej niezbadane. *J. L.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół ostatniego posiedzenia «Koła» z dnia 19.X/1.XI. 1907 r.

Obecnych członków 27.

Posiedzenie otwiera wice-prezes prof. Zaleski wezwaniem, aby zebranie uczciło przez powstanie pamięć zgasłych: prof. Henryka Jordana i prof. Henryka Hoyera.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Dr Z. Biron odczytuje rzecz p. t.: **Kilka słów o znaczeniu klinicznem nerki podkowiastej.** Wobec trudności, z jakiemi połączone jest rozpoznanie nerki podkowiastej, sądzi B., iż spostrzegany przez niego przypadek zasługuje na uwagę. U 37-letniego chorego, u którego istniały objawy przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek i mocznicy, można było wymacać w linii środkowej tuż ponad pępkiem ciało, leżące poprzecznie, szerokości 5—6 ctm., twarde, o gładkiej powierzchni. Górne i dolne jego brzegi były okrągłe; zaś w kierunku ku bokom ciało to ginie bez jasnych granic. Było ono prawie nieruchome; przy obmacywaniu chory uczuwał silne bole. Tuż nad tem ciałem czuć było dużą tętnicę bijącą. Określić stosunek tego ciała względem żołądka nie udało się. Badanie soku żołądkowego stwierdziło brak wolnego kwasu solnego. Wobec opisu tych danych przypuszczał B. nowotwór złośliwy, prawdopodobnie żołądka. Sekcya stwierdziła, iż wymacywane za życia ciało było mostkiem tkanki nerkowej, który łączył końce obydwóch nerek. Prócz przewlekłego zapalenia śródmiąższowego znaleziono w dolnej części substancyi rdzeniowej prawej połowy nerki kilka żółtych gruzełków prosowatych. W końcu omówił B. znaczenie kliniczne nerki podkowiastej, przytaczając i odnośne dane z piśmiennictwa. (Streszczenie własne),

Dyskusya. Doc. Orłowski sądzi, iż przypadek ten tembardziej zasługuje na uwagę, iż w podręcznikach o nerce podkowiastej są tylko wzmianki; nic więc dziwnego, iż rozpoznawanie wobec tego jest trudne. Gdyby częściej ogłaszano podobne przypadki, bardzo być może, iż to przyczyniłoby się do szczegółowego omówienia w podręcznikach. — Dr Gutowski przytacza spostrzegany przez siebie przed 6 laty w Warszawie w szpitalu św. Stanisława przypadek nerki podkowiastej u dziecka, dotkniętego płonicą. — Dr Święcicki podnosi, jak wielkie znaczenie ma nerka podkowiasta w chirurgii (przy usuwaniu nerki lub podwiązywaniu moczowodów). — Dr Białobłocka przytacza przypadek, w którym u jednomiesięcznego dziecka była również nerka podkowiasta, prócz tego serce leżało z prawej strony, brakowało jednego ucha, a kątnica była podwójna.

III. Dr Święcicki wykładał **O rozpoznaniu czynnościowem przy chorobach nerek.** Prelegent omówił fizyologiczną pracę nerek, formułkę Rauta, znaczenie badań kryoskopowych, próby z florydzyną, z błękitem metylenowym, z karminem indygowym, kończąc tem, iż tylko wtedy można usunąć nerkę chorą, jeżeli druga jest zupełnie zdrowa i sprawna.

Dyskusya. Dr Zakrzewski przytacza przypadek, który zdarzył się w klinice Israela. Przed operacyą usunięcia chorej nerki badano sprawność czynnościową każdej nerki; pomimo, iż operacya powiodła się, chory po kilku dniach zmarł, ponieważ druga nerka okazała się później niedość sprawną. — Doc. Orłowski, zaznaczywszy, iż wymienione przez prelegenta sposoby określania sprawności nerki nie zawsze mogą być zastosowane, przypomina, iż istnieją jeszcze 2 sposoby, podane przez doc. Zebrowskiego, a mianowicie miesienie i faradyzacya nerki. Przy zastosowaniu tych sposobów w odpowiednich razach (gdy niema nowotworu), można spostrzegać białkomocz. — Dr Święcicki i Dr Zakrzewski sądzą również, iż miesienie jest przy nowotworach niebezpieczne. Prócz tego Dr Święcicki zaznacza, że kryoskopowe badania krwi można zastąpić przez kryoskopię moczu; jeżeli w moczu znajdzie się mniej części stałych, należy przypuszczać, iż pozostało ich więcej we krwi. — Dr W. Kozłowski sądzi, iż w razach trudniejszych powinno się użyć operacyi próbnej. Wszak bywa już stosowana próbna laparotomia, próbna zaś operacya w okolicy nerek jest mniej niebezpieczną. — Doc. Sowiński wypowiada przekonanie, że wogóle rozpoznawanie chorób nerkowych zapomocą sposobów, wskazanych przez prelegenta, jest jeszcze niezupełne; zdarza się często, że z moczu, uzyskanego z każdej nerki zosobna zapomocą cewnikowania moczowodów, nabiera badający przekonania o zupełnie prawidłowym stanie jednej nerki, a jednak operacyjne usunięcie chorej nerki wywołuje przykre następstwa wskutek tego, że druga, rzekomo zdrowa nerka okazuje się potem niesprawną. Mówca przytacza widziany w Wiedniu przypadek, operowany przez Frischa. Badanie nerek zapomocą cewnikowania i różnych sposobów chemicznych wskazywało napozór na nowotwór jednej nerki. Przy operacyi jednak żadnego nowotworu nie znaleziono. Wobec tego mówca sądzi, że nie należy zbyt spieszyć się z operacyą, jak to się często dzieje; przedtem należy użyć wszystkich sposobów badania chorej nerki. — Dr Wołowski zapytuje, czy nie możnaby zastąpić badania kryoskopowego moczu przez określanie części stałych zapomocą ciężaru właściwego, który, pomnożony na liczbę stałą Häsera, dawałby ilość części stałych w moczu.

Posiedzenie administracyjne. I. Uchwalono, iż każdy z członków może przedstawić znanych mu przyrodników, jako kandydatów na członków »Związku«. Listę nazwisk odczytano i postanowiono zaprosić do »Związku« około 50 przyrodników. Również przyjęto i członków wspierających, kierując się § 12 ustawy. — II. Na wniosek doc. Sowińskiego, który zwraca uwagę, iż jest to ostatnie posiedzenie »Koła«, które przestaje istnieć, więc tem samem przestaje również istnieć i Komitet, Zgromadzenie prosi Komitet jednomyślnie o spełnianie czynności aż do wprowadzenia w życie »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« i upoważnia Komitet do nabycia niezbędnych sprzętów. — III. Uchwalono odbywać posiedzenia nadal w lokalu »Ogniska Polskiego« i obrano piątek na dzień posiedzeń. — IV. Posiedzenie organizacyjne »Związku« postanowiono zwołać za 4 tygodnie. — V. Prof. Zaleski podaje do wiadomości, że maska pośmiertna Dra Strawińskiego już gotowa. Zebranie upoważnia prof. Zaleskiego, Ziemackiego i doc. Sowińskiego do dalszych kroków w tej sprawie.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie „Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich“ *otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Odezwa.

W dniu 18. grudnia 1907 (środa) o godzinie 6 wieczorem, odbędzie się w obecności notaryusza w sali Tow. lekarskiego (Lwów, ul. Dominikańska l. 11) **I. Walne Zebranie** członków

nowozawiązującego się **Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich**, stowarzyszenia zarejestrowanego z ograniczoną poręką, na które wszystkich lekarzy bez wyjątku najusilniej mam zaszczyt zaprosić. Jakkolwiek więc goście ze świata lekarskiego na I. Walnem Zebraniu mile będą widziani, to jednak prawo brania udziału w obradach, jakoteż prawo głosowania przysługiwać może i będzie tylko tym kolegom, którzy deklaracye przystąpienia do Towarzystwa już nadesłali, względnie do dnia 18. grudnia 1907 pod adresem: Biuro Tow. Wzajemnej Pomocy, Lwów, Sadownicka 4, nadeszlą. Kto z kolegów zgubił formularz deklaracyi, ten może się zgłosić na członka Towarzystwa zwykłym listem lub kartką korespondencyjną. *Dr Wątorek.*

Koszta biernego oporu lekarzy dolnoaustryackich dobiegły przez 2 lata kwoty 27.139 K; do funduszu, zbieranego na ten cel, wpłynęło 24,260 K, niedobór wynosi więc 2,879 K. — Wśród kosztów tych wyniosły: wsparcia 2,275 K, honorarya adwokatów 6,715 K, za szczepienie 3,499 K, druki 1,052 K, pisarze 2,238 K, podróże 2,291 K, opłaty pocztowe 4,987 K i t. d. *R.*

Budżet sanitarny austryacki na r. 1908, objęty budżetem ministerstwa spraw wewnętrznych, zawiera następujące ważniejsze wydatki: Najwyższa Rada zdrowia 41.400 K., koszta podróży jej członków 5300 K., różne wydatki sanitarne (wśród nich popieranie urządzeń, mających na celu zapobieganie epidemiom) 162.000 K., koszta zwalczania epidemii w państwie milion K., państwowy zakład surowic w Wiedniu 144.429 K., nowe urządzenia w nim (I. rata) 30.000 K., wszystkie krajowe Rady zdrowia razem 41.200 K. oprócz oddanych tym Radom do rozporządzenia na wydatki sanitarne 93.760 K. (»Tyg. lek.« 48). *R.*

Do obrotu w aptekach w Austryi dopuszczony został »*Syrup. bromof. comp. Rami*«, (jako wyrabiany obecnie bez dodatku wyciągu z tojadu *[aconitum]*), jednak może on być wydawany tylko na przepis lekarski. (Rozp. Min. spraw wewn. 15. VI. 1907. L. 19,293. Rozp. Nam. 25. XI. 1907. L. 75,666 VI. B.).

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1. do 7. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 58 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 16 (5), zapalenia płuc 6 (3), błonicy 3 (2), krztuśca 1, płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. XII. 1907 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 1, krztuśca 3 † 1, błonicy 4 † 1, ospianki 1, nagm zapalenia ślinianek 4, róży 2, grypy 1 † 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. do 30. XI. 1907 było przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 2 † 0), krztuśca 6, płonicy 28 † 2 (1), odry 28(1), duru brzusznego 9 † 1 (1). — Od 1. do 7. XII. było przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 10, płonicy 34 † 2 (3 † 0), odry 52 † 7 (1 † 1), duru brzusznego 9 † 2 (3 † 0). *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 11. XII. 1907 posiedzenie, na którem: 1) Prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadki chorobowe ze swego oddziału, 2) Insp. Dr Bier wykładał »O molu mącznym«, a 3) Dr Spira »O zaburzeniach słuchowych u dzieci«. W dyskusyi przemawiał Prof. Lewkowicz.

— Na Wydział lekarski U. J. zapisało się na bieżące półrocze zimowe 418 słuchaczy zwyczajnych, 16 nadzwyczajnych i 37 słuchaczek zwyczajnych, razem przeto 471.

Lwów. Obchód jubileuszowy trzydziestolecia istnienia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbędzie się d. 28. grudnia b. r. Będzie się on składał z uroczystego posiedzenia i koleżeńskiej wieczerzy. Porządek dzienny posiedzenia, które rozpocznie się o godzinie 6 wieczorem w Sali Rady Miejskiej, jest następujący: 1) Przemówienie przewodniczącego, Prof. Dra A. Gluzińskiego. 2) Ogłoszenie nazwisk członków honorowych. 3) Przedstawienie 30-letniej działalności Towarzystwa (Doc. Dr Herman). 4) Odczyt Prof. Dra Popielskiego: »O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań«. Na pamiątkę obchodu wydana będzie broszura, kreśląca 30-letnią historyę rozwoju Towarzystwa, nadto zaś zapoczątkowano dzieło stworzenia własnego domu dla Towarzystwa, czem zajmuje się osobny komitet.

— Lwowscy posłowie do parlamentu austr. otrzymali od ministra spraw wewnętrznych przyrzeczenie, że do Najwyższej Rady Zdrowia na pierwsze miejsce, które się opróżni, powołany zostanie przedstawiciel Galicyi wschodniej. (Przyrzeczenie to nie zaspokaja słusznych żądań, aby Galicya miała w Najw. Radzie Zdrowia odpowiednią liczbę przedstawicieli; nawet niezwłoczne spełnienie tych żądań nie powinnoby natrafiać na trudności, skoro § 7 al. 2 ustawy z 30. IV. 1870 D. p. p. 68 postanawia, że Najw. Rada Zdrowia składać się ma »przynajmniej z 6 członków zwyczajnych«, natomiast najwyższej ich liczby nie ogranicza; liczbę tę przeto w ramach ustawy każdej chwili zwiększyćby można).

— Ministerstwo oświaty poruczyło wykłady higieny na wydziale filozoficznym Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dr Pankowi w miejsce ustępującego Prof. Szpilmana.

— W sprawie wzorowych planów szkół ludowych odbyła się w d. 7. XII. b. r. w Krajowej Radzie szkolnej ankieta, w której z lekarzy uczestniczyli R. Dw. Dr Merunowicz i Dr Piasecki; obaj weszli do podkomitetu (z 10 członków), który ma sprawę szczegółowo opracować.

Warszawa. W ostatnim zeszycie »Krytyki lekarskiej« z d. 1. XII. 1907 zawiadamia redaktor i wydawca Dr Zygmunt Kramsztyk, że pismo to przestaje wychodzić. Wiadomość ta jest przykrą niespodzianką, tem przykrzejszą, że »Krytyka« była czasopismem o zupełnie odrębnym i bardzo oryginalnym typie, jakiego, prócz naszej, nie posiadała literatura lekarska żadnego narodu. Przez jedenaście lat, utrzymywana ofiarnością i nieznużoną pracą jednostki, zawarła »Krytyka« w swoich rocznikach szereg bardzo cennych prac, że tu wymienimy tylko rozprawy z zakresu teoryi medycyny Biegańskiego i samego Redaktora »Krytyki«, z zakresu historyi medycyny wszystkich naszych na tem polu pracowników, z zakresu mianownictwa: Dra Peszkego i w. i. Rewizya niejednego pojęcia i poglądu naukowego, pokutującego jeszcze u nas »siłą bezwładności«, opieranie spraw zawodu lekarskiego na szerszym, społecznym podkładzie, żywe zajmowanie się higieną społeczną, dążenie do wytworzenia poważnej, rzeczowej i nieoglądającej się na względy uboczne krytyki naszej wytwórczości piśmienniczej, oto trwałe zasługi miesięcznika, którego zwinięcie uważać trzeba za stratę nie mniejszą, niż zwinięcie któregokolwiek z nielicznych naszych pism o typie archiwalnym. W niejednej sprawie budzić mogły artykuły »Krytyki« spory; jednały sobie one nieraz równie gorących zwolenników, jak zaciętych przeciwników, ale rzadko tylko napotykały na obojętność; dowód najlepszy, że »Krytyka« umiała dobierać przedmioty ważne i żywotne i nie krępować swych współpracowników w konsekwentnem kroczeniu po szlaku samodzielnej myśli. Przyszłość wyznaczy »Krytyce« w historyi naszego czasopiśmiennictwa należyte miejsce; dziś żegnamy ją z żalem tem szczerszym, że pozostanie po niej luka, prawdopodobnie długo niezapełniona. *R.*

— Najnowszy rozkaz dzienny prezydenta miasta obwieszcza o utworzeniu przezeń osobnej komisyi do spraw żywności w szpitalach miejskich. Komisyi przewodniczyć będzie sam prezydent miasta, a członkami jej są oprócz naczelnika »Wydz. Dobr. Publ.«, inż. Natanson, inspektor szpitali, naczelni lek. szpitali, lekarz miejski Dr Polak, starsze Siostry Miłosierdzia kilku szpitali, nadzorca szpitala Dz. Jezus, przewodniczący warszawskiego cechu kucharzy, przedstawiciel wojskowego szpitala ujazdowskiego i warsz. gminy żydowskiej.

W »Towarzystwie naukowem« warszawskim powołany został na przewodniczącego wydziału II (nauki antropologiczne, społeczne i historyczne) statystyk p. Witold Załęski, na sekretarza historyk p. Aleksander Kraushar; przewodniczącym wydziału III (matematyczno-przyrodniczego) będzie p. Józef Eismond, sekretarzem p. Jan Tur. Prezesem »Towarzystwa naukowego« jest historyk, p. Aleksander Jabłonowski, wiceprezesem p. Samuel Dickstein. (Towarzystwo powstało z inicyatywy ś. p. Wł. Spasowicza i profesorów Baranowskiego i Holewińskiego).

Z powodu przepełnienia miejsc, przeznaczonych dla chorych na ospę, szpitale tutejsze odmawiają przyjmowania chorych, nadsyłanych z okolic podmiejskich. W gminach powiatu warsz. wobec szerzenia się ospy lud tłumnie przystępuje do powtórnego szczepienia ochronnego. — Magistrat m. Warszawy zdecydował się otworzyć kilkanaście stacyi bezpłatnego szczepienia. Stacye te są już czynne i będą działać do dnia 14. stycznia 1908 r.

Rodzina ś. p. Dra Ettingera złożyła dla uczczenia jego pamięci instrumentaryum i księgozbiór jego w darze Instytutowi oftalmicznemu.

Łódź pod względem śmiertelności dzieci zajmuje bez wątpienia jedno z najgorszych miejsc wśród większych miast Europy, gdyż śmiertelność dzieci w Łodzi wynosi 75% ogólnej śmiertelności. W przeciągu miesiąca, od 15. X. do 15. XI., zmarło tu 965 dzieci. Na ospę zmarło 155, na błonicę 18, płonicę 22, na odrę 55, dur brzuszny 18, nieżyt jelit 168, zapalenie płuc 116, na zapalenie opon mózgowych 23, gruźlicę 15.

Komisya sanitarna przy magistracie łódzkim zwróciła się do gubernatora piotrkowskiego z prośbą, by krowiankę szczepiono na rachunek gmin w osadzie Bałuty i innych podmiejskich miejscowościach. Na podanie komisyi o otwarcie 8 stacyi szczepienia w mieście gubernator dotąd nie odpowiedział, a więc stacye dotąd otwarte być nie mogły.

Założona przez stow. żydowskie stacya bezpłatnego szczepienia oddaje rzetelne usługi. W ciągu dni kilku zaszczepiono 814 osób. — Izraelicki komitet budowy szpitala dla obłąkanych w Łodzi zakupił już pod miastem plac pod budowę.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie wyznaczyło 500 rb. na powiększenie swej biblioteki.

W Lublinie stosunki sanitarne pozostawiają wiele do życzenia; toteż częste są w tem mieście epidemie, a obecnie grasuje nagminnie dur brzuszny. Dla zaradzenia złemu zamierza Zarząd miasta zwołać naradę obywatelską, którąby rozpatrzyła m. i. sprawę kanalizacyi, wodociągów miejskich (obecnie prywatne przedsiębiorstwo dostarcza wody bardzo drogo), rzeźni i t. p.

Dr Daum ze Starachowic wydalony został na 3 lata za granicę.

Z różnych stron. Ćwierćwiecze otwarcia czeskiej wszechnicy w Pradze minęło w październiku.

— Wśród posłów w trzeciej »dumie« rosyjskiej zasiada 22 lekarzy.

— Do żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petersburgu przyjęto w r. b. 250 słuchaczek, w tem 30 na V kurs z dyplomami ukończenia wydziału lekarskiego na wszechnicach zagranicznych.

— Stosownie do międzynarodowej ugody w sprawie zwalczania moru, cholery i gorączki żółtej ma być utworzony międzynarodowy urząd zdrowia z siedzibą w Paryżu na wzór międzynarodowego urzędu miar i wag.

— Nagrodę Nobla otrzymał w r. b. Prof. Laveran z Paryża.

— Na katedrę anatomii patologicznej po prof. Cornilu przedstawił Wydział lekarski paryski na pierwszem miejscu Prof. P. Marie, na drugiem Prof. Letulle.

Mianowani: Prof. Anschütz z Wrocławia dyrektorem kliniki chirurgicznej w Kiel.

Zmarli: Dr Filip Schmidt, lekarz powiatowy w Myślenicach, w 53 r. ż.; Dr Czesław Świerczyński, lekarz kolei nadwiślańskich, w Chełmie Lubelskim w 44 r. ż.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) Włókniak krtani pochodzenia urazowego. »Kron. lek.« 1907. 2) Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc. »Czas. lek.« 1907. 3) Üb. Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates. »Archiv f. Ohrenhk.« T. 73. 4) Traitement du cancer du larynx. »Rev. hebd. de laryng.« 1907. — Dąbrowski Stefan: 1) O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu. »Rozpr. Akad. Um.« 1907. 2) Recherches sur la nature chimique de la matière colorante fondamentale des urines. »C. R. Ac. des Sc.« 1907. — Rossberger i Turzański: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Jarosławiu za rok 1906. — Polak: Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich. Warszawa. Nakładem wydziału urządzeń zdrowotnych użyteczności publicznej przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp. 1908. Cena rb. 5. — Dłuski: O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 18. grudnia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wybory Zarządu na r. 1908.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyj. odbędzie się **w sobotę dnia 14. grudnia 1907** o godzinie 6 wieczór w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O nerwicy urazowej, powstałej po wypadkach kolejowych i zachowaniu się personalu kolejowego w tym względzie wobec towarzystw ubezpieczeń, kol. Dr Feldman. 3) Ewentualne wnioski członków.

Dr Feldman, sekretarz. *Dr W. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Tropakokaina zasługuje zdaniem Dr Acha (»Münch med. Wochenschrift« 1907, Nr 33) przy znieczuleniu lędźwiowem bezwarunkowo na pierwszeństwo przed stowainą, znaną z działania drażniącego.

Jodofan (Dr Allina: »Therapie der Gegenwart«, Nr VII, 1907) stosowany w chirurgii, dermatologii i ginekologii, posiada, jak stwierdzono w bakteryologicznym instytucie Dra Piorkowskiego, wybitne własności odkażające. Podobnie, jak jodoform, jest on środkiem przeciwgnilnym i suszącym, jeżeli nim cienko posypać powierzchnię rany, czy też chorą część ciała. Autor z powodzeniem używa gazy jodofanowej, wyrabianej w Instytucie chem. Dra Horowitza, nie wymagającej innych domieszek i wyjaławiania, przez co zachowuje ona swą miękkość i zdolność nasiąkania. Dr Allina potwierdza licznymi przykładami dodatnie własności gazy jodofanowej. A. używał często gazy jodofanowej i nigdy nie zachodziła potrzeba uciekania się do innego przetworu; okolica rany zabezpieczona bywa od dalszego zakażenia, choć nie codziennie zmienia się opatrunek; wydzielina ustępuje tak szybko, że często przy trzecim opatrunku rana była już czysta, poczem następowało prędkie zabliźnienie się rany i pokrycie naskórkiem. W wielu sprawach radzi A. używać gazy jodofanowej, a nie jodoformowej, ze względu na pewniejsze i szybsze wyleczenie, popierając to twierdzenie przykładami. W szczególności stwierdził A. u pewnego 40-letniego silnego mężczyzny po opatrzeniu wrzodzianki na szyi, którą krzyżowo przecięto, gazą jodoformową, przy pierwszej zmianie opatrunku po 2 dniach rozległy wyprysk jodoformowy, przez co chory przez czas dłuższy nie był zdolny do pracy. Po 14 dniach na karku powstała u tegoż chorego również wielka wrzodzianka, którą w ten sam sposób przecięto, ale opatrzono już gazą jodofanową. W 5 dni znikła wydzielina, a po następnych 3 dniach powrócił chory do pracy. *Hr.*